

## L 10 U 1478/09

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Unfallversicherung  
Abteilung  
10  
1. Instanz  
SG Freiburg (BWB)  
Aktenzeichen  
S 9 U 4519/04  
Datum  
21.02.2007  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 10 U 1478/09  
Datum  
17.10.2013  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

1. Bei der Frage nach dem ursächlichen Zusammenhang zwischen berufsbedingtem Heben und Tragen schwerer Lasten i.S. der BK Nr. 2108 der Anlage 1 zur BKV sind die so genannten Konsensempfehlungen nicht schematisch anzuwenden. So kann die Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs nach der Konstellation B 4 (bandscheibenbedingte Erkrankung bei L5/S1 und/oder L4/L5) nicht deshalb bejaht werden, weil die bandscheibenbedingte Erkrankung bei L5/S1 lokalisiert ist, wenn gerade das Segment L4/5 trotz der beruflichen Expositionen gar keine Bandscheibenveränderungen zeigt.

2. Soweit die Konsensempfehlungen eine ausreichende Exposition voraussetzen, ist damit nicht der vom BSG im Urteil vom 18.11.2008, [B 2 U 14/08 R](#) konstituierte Grenzwert von 12,5 MNh (= die Hälfte der nach dem MDD erforderlichen Mindestexposition) gemeint. Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 21.02.2007 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist nur noch die Anerkennung einer Berufskrankheit (BK) nach der Nr. 2108 (im Folgenden BK 2108) der Anlage 1 zu Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) streitig.

Der am 1953 geborene Kläger, der von 1968 bis 1971 den Beruf des Blechners und Installateurs erlernte, war anschließend in seinem Ausbildungsbetrieb ohne Unterbrechung bis Ende 2003 beschäftigt.

Er war nach seinen Angaben etwa zur Hälfte als Installateur bzw. Blechner eingesetzt, mit Ausnahme der Jahre 1987 bis 1993 (ein Drittel Installateur, zwei Drittel Blechner) und ab 1994 (ausschließlich Blechbearbeitung). Als Blechner stellte er Dachrinnen und Fallrohre, Gaubenverkleidungen und Dächer her und montierte diese. Dabei fielen zu hebende und tragende Lasten bis 50 kg, nach späteren Angaben des Klägers auch darüber an. Als Installateur war er mit dem Verlegen von Wasser- und Abwasserrohren beschäftigt, wobei ab den 1990er-Jahren Kunststoffrohre anstelle von auch auf der Schulter getragenen Gussrohren mit Durchmessern bis 100 mm und Gewichten bis zu 35 kg zum Einsatz kamen. Daneben mussten auch Werkzeuge bis 50 kg getragen werden. Teilweise mussten die Tätigkeiten auch in extremer Rumpfbeugehaltung verrichtet werden. Hinsichtlich der Einzelheiten der vom Kläger angegebenen Belastungen wird auf den von ihm ausgefüllten Erhebungsbogen (Bl. 17 VerwA) und die Dokumentationen des Technischen Aufsichtsdienstes - TAD - (Bl. 27 ff. SG-Akten, Bl. 3 ff. LSG-Akte) Bezug genommen.

Erstmals im Jahre 1980 traten beim Kläger Rückenschmerzen auf (vgl. Angaben des Klägers im Formular Arbeits-/Krankheitsanamnese, Bl. 11 VerwA). Vom 08.01. bis 07.02.1987 und dann erneut vom 06.09. bis 08.09.1989 war der Kläger wegen Lumboischialgien arbeitsunfähig. Weitere Daten der Krankenkasse liegen dann erst wieder für die Zeit ab Mai 1996 vor. Hiernach war der Kläger zunächst vom 18.06.2002 bis 03.11.2002 und dann erneut vom 16.05.2003 bis 06.06.2003 wegen eines Zervicalsyndroms arbeitsunfähig. Am 18.08.2003 trat erneut Arbeitsunfähigkeit wegen Lumboischialgie bei im Magnetresonanztomogramm (MRT) vom Juli 2003 u.a. beschriebenem Bandscheibenvorfall L5/S1 ein, die bis zum 05.09.2004 andauerte und zunächst zur Beendigung des Arbeitsverhältnisses des Klägers führte. Schon davor hatte der Kläger seit Jahren Lumboischialgien mit Ausstrahlung ins Gesäß (Befundbericht Dr. S. vom September 2003, Bl. 31 VerwA).

Im Juni 2003 zeigte der Kläger bei der Beklagten das Vorliegen einer BK 2108 und 2109 an, worauf die Beklagte nach Auswertung des vom Kläger ausgefüllten "Erhebungsbogen zur Ermittlung der Belastung der Wirbelsäule", Beiziehung medizinischer Unterlagen sowie des Vorerkrankungsverzeichnisses der A. - Die Gesundheitskasse S.O.und Hinzuziehung einer beratungsärztlichen Stellungnahme des Arztes für

Arbeits- und Sozialmedizin Dr. F. (keine ausreichende berufliche Belastung, multisegmentale Bandscheibendegeneration in der HWS und LWS bei Morbus Scheuermann, kein belastungskonformes Schadensbild) mit Bescheid vom 11.02.2004 die Anerkennung einer BK 2108 bzw. 2109 ablehnte. Der dagegen ohne Begründung eingelegte Widerspruch des Klägers blieb erfolglos (Widerspruchsbescheid vom 10.12.2004).

Am 21.12.2004 hat der Kläger dagegen beim Sozialgericht Freiburg (SG) Klage erhoben. Auf Veranlassung des SG hat die Beklagte die auf der Grundlage eines mit dem Kläger geführten Gesprächs erstellte Belastungsdokumentation ihres technischen Aussichtsbeamten Dipl.-Ing. K. vorgelegt. Da der Kläger den nach dem Mainz-Dortmunder-Dosis-Modell (MDD) ermittelten Dosisrichtwert von täglich 5.500 Nh nicht in der überwiegenden Anzahl der Arbeitsschichten überschritten habe und er im Übrigen auch keine schweren Lasten mit Gewichten von mehr als 50 Kilogramm auf der Schulter getragen habe, seien weder die arbeitstechnischen Voraussetzungen der BK 2108 noch der BK 2109 erfüllt. Gestützt hierauf hat das SG die Klage mit Gerichtsbescheid vom 21.02.2007 und der Begründung abgewiesen, die Anerkennung der streitigen BKen scheitere bereits an den fehlenden arbeitstechnischen Voraussetzungen für diese BKen.

Gegen den seinem Bevollmächtigten am 23.02.2007 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 02.03.2007 beim Landessozialgericht (LSG) Berufung (L 10 U 1139/07) eingelegt. Eine bei ruhendem Verfahren durchgeführte Neuberechnung der Hebe- und Tragebelastungen nach dem MDD und der zeitweisen Tätigkeit in extremer Rumpfbeuge auf der Grundlage eines von Dipl.-Ing. S. mit dem Kläger geführten Gesprächs unter Berücksichtigung des Urteils des Bundessozialgerichts (BSG) vom 30.10.2007, [B 2 U 4/06 R](#) in SozR 4-5671 Anl. 1 Nr. 2108 Nr. 5 hat ergeben, dass der Kläger einer Gesamtbelastungsdosis von 12,8 MNh ausgesetzt war.

Der Senat hat sodann das Gutachten des Facharztes für Orthopädie Dr. H. auf Grund Untersuchung des Klägers im März 2010 eingeholt. Der Sachverständige hat die Beschwerden des Klägers nicht auf die Veränderungen der Bandscheiben im Bereich der LWS zurückgeführt und das Vorliegen einer bandscheibenbedingten Erkrankung der LWS im Sinne der BK 2108 daher verneint. Auf Antrag des Klägers gemäß [§ 109](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) hat das SG darüber hinaus das Gutachten des Facharztes für Arbeitsmedizin Prof. Dr. B.-A. aufgrund Untersuchung des Klägers im Januar 2011 und Mitberücksichtigung des neurologischen Zusatzgutachtens des Dr. Kilburg sowie des radiologischen Zusatzgutachtens des Dr. T. eingeholt. Unter Anwendung der Medizinischen Beurteilungskriterien zu bandscheibenbedingten Berufskrankheiten der Lendenwirbelsäule (sog. Konsensempfehlungen, in Trauma und Berufskrankheit 2005, 211 ff.) ist er zunächst von der Konstellation B 2 ausgegangen und hat dementsprechend einen Zusammenhang zwischen der beruflichen Tätigkeit und der Erkrankung mit hinreichender Wahrscheinlichkeit bejaht.

Gegen die Schlussfolgerung des Sachverständigen hat die Beklagte insbesondere eine mangelnde Plausibilität der zeitlichen Entwicklung der bandscheibenbedingten Erkrankung (34 Jahre wirbelsäulenbelastende Tätigkeit bei nur minimal über dem Grenzwert liegender Exposition und Kreuzschmerzen bereits seit 1980) eingewandt und die beratungsärztlichen Stellungnahmen des Dr. T., Arzt für Chirurgie/Unfallchirurgie, und der Radiologin Dr. L. vorgelegt.

Hiergegen hat sich der Sachverständige Prof. Dr. B.-A. ergänzend geäußert. Im Hinblick auf den von Dr. T. erhobenen Einwand, er habe den Bandscheibenschaden im Bereich der HWS nicht berücksichtigt, hat er ausgeführt, es liege - anders als zunächst angenommen - nicht die Fallkonstellation B 2, sondern die Konstellation B 4 vor. Dabei sei jedoch gleichermaßen ein Zusammenhang zwischen den beruflichen Einwirkungen und der Erkrankung zu bejahen. Soweit Dr. T. auf eine biomechanisch nicht plausible Lokalisation der lumbalen Chondrosen hingewiesen hat, hat er auf die Konsensempfehlungen verwiesen, die für die B-Konstellationen keine Aussage enthielten, in welchen Segmenten die Schädigung lokalisiert sein müsse, wenn mehrere Segmente befallen seien. Die Konstellation B 4 sei zweifelsfrei erfüllt. Hiergegen hat die Beklagte die weitere Stellungnahme des Dr. T. vorgelegt, der an seiner bisher vertretenen Auffassung festgehalten hat. Auch der erneut befasste Sachverständige Prof. Dr. B.-A. hat an seinem bisher vertretenen Standpunkt festgehalten. Die Beklagte hat schließlich noch die beratungsärztliche Stellungnahme des Arztes für Orthopädie Dr. S. vorgelegt, der von einem generalisierten Schadensbild und einem für eine berufsbedingte Erkrankung untypischen Schadensbild im Bereich der LWS ausgegangen ist, was die Annahme der Konstellation B 4 ausschließt.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 21.02.2007 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung des Bescheids vom 11.02.2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 09.12.2004 zu verurteilen, eine Berufskrankheit nach Nr. 2108 der Anlage 1 zur BKV anzuerkennen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für richtig.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten sowie der Akten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte und gemäß den [§§ 143, 144 SGG](#) statthafte Berufung des Klägers ist zulässig, jedoch nicht begründet.

Gegenstand des Berufungsverfahrens ist nur noch die Anerkennung einer BK Nr. 2108 der Anlage 1 zur BKV. Soweit der Kläger im erstinstanzlichen Verfahren auch eine Anerkennung der BK Nr. 2109 der Anlage 1 zur BKV sowie die Gewährung von Verletztenrente begehrt hat, hat er dies in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat nicht mehr aufrecht erhalten.

Die Klage auf Verurteilung der Beklagten zur Anerkennung der noch streitigen BK ist als kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage zulässig. Mit der Anfechtungsklage nach [§ 54 Abs. 1 SGG](#) begehrt der Kläger die Aufhebung der die Anerkennung der streitigen BK

ablehnenden Verwaltungsentscheidungen. Nach der Rechtsprechung des BSG kann der Versicherte an Stelle gerichtlicher Feststellung ([§ 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG](#), vgl. hierzu u.a. BSG, Urteil vom 07.09.2004, [B 2 U 46/03 R](#) in [SozR 4-2700 § 2 Nr. 3](#)) auch die Verurteilung der Beklagten zur Anerkennung eines Arbeitsunfalles als Element eines jeglichen Leistungsanspruchs im Wege der Verpflichtungsklage verlangen (Urteil vom 05.07.2011, [B 2 U 17/10 R](#) in [SozR 4-2700 § 11 Nr. 1](#) mit weiteren Ausführungen zur Anspruchsgrundlage; speziell zur Anerkennung eines Arbeitsunfalles und damit auf eine Berufskrankheit übertragbar BSG, Urteil vom 15.05.2012, [B 2 U 8/11 R](#) in [SozR 4-2700 § 2 Nr. 20](#)).

Allerdings hat das SG diese Klage zu Recht abgewiesen. Denn der Bescheid der Beklagten vom 11.02.2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 09.12.2004 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Es ist nicht zu beanstanden, dass die Beklagte es ablehnte, die Erkrankung des Klägers als BK 2108 anzuerkennen. Denn das Vorliegen einer solchen BK ist beim Kläger nicht festzustellen.

BKen sind nach [§ 9 Abs. 1 Satz 1](#) des Siebten Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB VII) Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung oder mit Zustimmung des Bundesrates als BKen bezeichnet und die Versicherte infolge einer der den Versicherungsschutz nach den [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit erleiden. Die Bundesregierung ist ermächtigt, in der Rechtsverordnung Erkrankungen als BKen zu bezeichnen, die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grad als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind ([§ 9 Abs. 1 Satz 2](#) erster Halbsatz SGB VII).

Für die Anerkennung und Entschädigung einer Erkrankung nach Nr. 2108 der Anlage 1 zur BKV müssen folgende Tatbestandsmerkmale gegeben sein: Bei dem Versicherten muss eine bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS vorliegen, die durch langjähriges berufsbedingtes Heben oder Tragen schwerer Lasten oder durch langjährige berufsbedingte Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung entstanden ist. Die Erkrankung muss darüber hinaus den Zwang zur Unterlassung aller gefährdenden Tätigkeiten herbeigeführt haben, und als Konsequenz aus diesem Zwang muss die Aufgabe dieser Tätigkeiten tatsächlich erfolgt sein.

Hierbei müssen die anspruchsbegründenden Tatsachen, nämlich die versicherte Tätigkeit, die schädigende Einwirkung und die als Folge geltend gemachte Gesundheitsstörung - hier also eine bandscheibenbedingte Erkrankung - erwiesen sein, d.h. bei vernünftiger Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens muss der volle Beweis für das Vorliegen der genannten Tatsachen als erbracht angesehen werden können (vgl. u. a. BSG, Urteil vom 30.04.1985, [2 RU 43/84](#) in [SozR 2200 § 555a Nr. 1](#)). Hingegen genügt hinsichtlich des ursächlichen Zusammenhangs zwischen der versicherten Tätigkeit und der schädigenden Einwirkung (haftungsbegründende Kausalität) sowie der schädigenden Einwirkung und der Erkrankung (haftungsausfüllende Kausalität) eine hinreichende Wahrscheinlichkeit (vgl. BSG, Urteil vom 30.04.1985, [a.a.O.](#)); das bedeutet, dass bei vernünftiger Abwägung aller wesentlichen Gesichtspunkte des Einzelfalls mehr für als gegen einen Ursachenzusammenhang sprechen muss, wobei dieser nicht schon dann wahrscheinlich ist, wenn er nicht auszuschließen oder nur möglich ist (vgl. BSG, Urteil vom 02.11.1999, [B 2 U 47/98 R](#) in [SozR 3-1300 § 48 Nr. 67](#); Urteil vom 02.05.2001, [B 2 U 16/00 R](#) in [SozR 3-2200 § 551 Nr. 16](#)). Kommen mehrere Ursachen in Betracht (konkurrierende Kausalität), so sind nur solche Ursachen als rechtserheblich anzusehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich beigetragen haben (vgl. BSG, Urteil vom 28.06.1988, [2/9b RU 28/87](#) in [SozR 2200 § 548 Nr. 91](#)). Kann ein behaupteter Sachverhalt nicht nachgewiesen oder der ursächliche Zusammenhang nicht wahrscheinlich gemacht werden, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der objektiven Beweislast zu Lasten des Beteiligten, der aus diesem Sachverhalt Rechte herleitet, bei den anspruchsbegründenden Tatsachen also zu Lasten des jeweiligen Klägers (vgl. BSG, Urteil vom 27.06.1991, [2 RU 31/90](#) in [SozR 3-2200 § 548 Nr. 11](#)).

Der Senat hat bereits Zweifel, ob der Kläger die arbeitstechnischen Voraussetzungen für die BK 2108 erfüllt.

Das so genannte und hier von der Beklagten der Beurteilung zu Grunde gelegte MDD ist ein Verfahren zur Bewertung der beim Einzelnen auftretenden tatsächlichen Belastung im Hinblick auf die in der BK 2108 aufgeführten Kriterien (langjähriges Heben oder Tragen schwerer Lasten bzw. langjährige Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung), also zur Beurteilung, ob die arbeitstechnischen Voraussetzungen vorliegen (s. im Einzelnen: BK-Report Wirbelsäulenerkrankungen 2/03, herausgegeben vom Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften - BK-Report -). Hintergrund des MDD ist die Erkenntnis, dass insbesondere bei Beschäftigten in Pflegeberufen, Betonbauern und Hafenarbeitern nach epidemiologischen Studien von einem signifikant erhöhten Risiko in Bezug auf die Entwicklung bandscheibenbedingter Erkrankungen der LWS auszugehen ist und dass weniger häufig auftretende hohe Kompressionskräfte eine höhere Schädigungswirkung besitzen als häufige Belastungen mit niedriger Höhe. Letzteres führt zum so genannten quadratischen Ansatz, bei dem die überproportionale Gewichtung der auf das Wirbelsäulensegment einwirkenden Kompressionskraft (hervorgerufen insbes. durch das zu bewältigende Gewicht) durch eine Quadrierung der Expositionshöhe erfolgt. Zur Abgrenzung zwischen (für die BK 2108 relevanten) schweren und (unerheblichen) allgemeinen Hebe- und Tragetätigkeiten geht das MDD von der Annahme aus, dass bei Männern ab 40 Jahren ab 20 kg, bei Frauen ab 40 Jahren ab 10 kg vom Heben einer schweren Last zu sprechen sei, wobei biomechanische Messungen und Berechnungen beim Heben und Tragen von Lasten am Übergang der Lendenwirbelsäule zum Kreuzbein bestimmte Druckkraftwerte (in Newton - N -) ergeben. Auf diesen Grundlagen wurde die Belastung der genannten Berufsgruppen ermittelt und für eine Acht-Stunden-Schicht aufaddiert. Für die Beschäftigten in Pflegeberufen - insoweit bezogen sich die Studien fast ausschließlich auf Frauen - ergab sich eine kumulierte LWS-Belastungsdosis von knapp 4.000 Nh, für Betonbauer bzw. Hafenarbeiter - fast ausschließlich männliche Beschäftigte - eine solche von bis über 6.000 bzw. über 13.000 Nh je Schicht. Davon abgeleitet geht das MDD von einer erforderlichen Mindestexposition i. S. einer kritischen Dosis je Schicht für Frauen von 3.500 Nh (= 3,5 Kilo-Newton-Stunden - kNh -) und für Männer von 5.500 Nh (= 5,5 kNh) bzw. für das gesamte Berufsleben von 17 Mega-Newton-Stunden (MNh = 106 Nh) für Frauen bzw. 25 MNh für Männer aus.

Nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 18. März 2003, [B 2 U 13/02 R](#) in [SozR 4-5671 Anl. 1 Nr. 2108 Nr. 1](#)) dient das MDD letztendlich der Konkretisierung der in der BK 2108 verwendeten unbestimmten Rechtsbegriffe. Es ist als Zusammenfassung wissenschaftlicher Erfahrungstatsachen ein geeignetes Modell, die kritische Belastungsdosis eines Versicherten zu ermitteln und in Beziehung zu seinem Erkrankungsrisiko zu setzen. Dabei ist zu beachten, dass die Schwellen- oder Dosiswerte des MDD keine festen Grenzwerte, sondern Orientierungswerte sind, die eine Hilfe bei der Beurteilung des medizinischen Zusammenhangs zwischen versicherter Einwirkung und Erkrankung darstellen.

Nach der neuesten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 30.10.2007, [B 2 U 4/06 R](#)) ist derzeit trotz diverser Schwächen des MDD an diesem Berechnungsmodell in modifizierter Form als Grundlage für die Konkretisierung der im Text der BK 2108 zur Kennzeichnung

der beruflichen Einwirkungen verwendeten unbestimmten Rechtsbegriffe festzuhalten, weil aktuell kein den wissenschaftlichen Erkenntnisstand besser abbildendes Alternativmodell zur Verfügung steht. Allerdings ist auf eine Mindesttagesdosis zu verzichten und sind die Richtwerte des MDD für die Gesamtbelastungsdosis (s.o.: 17 MNh für Frauen bzw. 25 MNh für Männer) zu halbieren, sodass von einem langjährigen Heben und Tragen schwerer Lasten bzw. einer langjährigen Tätigkeit in extremer Rumpfbeugehaltung auszugehen ist, wenn mindestens die Hälfte des nach dem MDD ermittelten Wertes für die Gesamtbelastungsdosis (für Frauen also 8,5 MNh und für Männer 12,5 MNh) erreicht oder überschritten wird. Wird der so ermittelte Grenzwert (so ausdrücklich das BSG, a.a.O.) unterschritten, ist ein rechtlich wesentlicher Kausalzusammenhang zwischen Exposition und Erkrankung ausgeschlossen, sodass es keiner weiteren Feststellungen zum Krankheitsbild und zum medizinischen Kausalzusammenhang im Einzelfall bedarf (BSG, a.a.O.).

Zwar erreicht der Kläger diesen Grenzwert von  $12,5 \times 106 \text{ Nh}$  (= 12,5 MNh) mit der vom TAD ermittelten Gesamtbelastungsdosis von  $12,8 \times 106 \text{ Nh}$  (vgl. Bl. 8 f. LSG-Akte) knapp, so dass nach der oben dargelegten Rechtsprechung des BSG die arbeitstechnischen Voraussetzungen der BK 2108 erfüllt wären.

Indessen ist in diesem Zusammenhang zu berücksichtigen, dass sich die Berechnungen des TAD auf den gesamten Zeitraum der Tätigkeit des Klägers von August 1968 bis Mitte 2002 beziehen. Zu diesem Zeitpunkt aber hatte der Kläger schon seit Jahren Lumboischialgien mit Ausstrahlung ins Gesäß (Befundbericht des Dr. S. vom September 2003, Bl. 31 VerwA), was schließlich im Jahre 2003 zum radiologischen Nachweis fortgeschrittener degenerativer Veränderungen, insbesondere im Wirbelsäulensegment L5/S1 führte (Befundbericht Dr. R. vom 30.07.2003, s. auch die beratungsärztlich Stellungnahme von Dr. L. Bl. 265 LSG-Akten, das radiologische Gutachten Dr. T. und die zusammenfassende Stellungnahme Prof. Dr. B.-A. vom 25.04.2012: "fortgeschrittene, altersuntypische Chondrose in den Segmenten L5/S1, L2/3, L1/2), die hier - zunächst unabhängig von der Frage nach der Ursache - als bandscheibenbedingte Erkrankung anzusehen ist (hierzu später). Bestanden aber Mitte 2003 schon seit Jahren Lumboischialgien mit Ausstrahlung ins Gesäß, deren Erklärung dann in den degenerativen Veränderungen des Segmentes L5/S1 gefunden wurde (Befundbericht Dr. Scheremet, a.a.O. mit OP-Indikation), ist davon auszugehen, dass die bandscheibenbedingte Erkrankung im Bereich L5/S1 bereits schon zu einem früheren Zeitpunkt entstanden war. Angesichts des nur geringfügig (mit 0,3 MNh) überschrittenen Grenzwertes begründet dies Zweifel, ob der Kläger im Zeitpunkt der Entstehung der bandscheibenbedingten Erkrankung bereits den Grenzwert erreicht hatte. Immerhin hat der TAD für die letzten 8,5 Jahre der Tätigkeit als Blechner eine anteilige Belastung von 1,78 MNh errechnet, was eine Jahresdosis von 0,21 MNh (1,78:8,5) ergibt. Sollte somit - wofür die Dokumentation im erwähnten Befundbericht des Dr. S. spricht - im Juli 2003 die bandscheibenbedingte Erkrankung schon seit wenigstens zweieinhalb Jahren bestanden haben (also seit mindestens 2001), wäre der für Mitte 2002 vom TAD ermittelte Gesamtdosiswert um die für den Zeitraum Anfang 2001 bis Mitte 2002 (=1,5 Jahre) angefallenen Belastungen und damit um  $0,315$  (Jahresdosis  $0,21 \times 1,5$ ) zu reduzieren, was zur Unterschreitung des Grenzwertes führen würde. Dann aber ist nach der beschriebenen Rechtsprechung des BSG ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Erkrankung und Belastung ausgeschlossen.

Hieran ändern auch die Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen Prof. Dr. B.-A. zu den entsprechenden Einwänden von Dr. T. nichts. Zwar teilt der Senat die Bedenken von Prof. Dr. B.-A., soweit sie sich auf den von Dr. T. angesichts der für 1987 und 1989 dokumentierten Lumboischialgien angenommenen Beginn der bandscheibenbedingten Erkrankung schon damals beziehen, auch weil in den Folgejahren keine entsprechenden weiteren Erkrankungen dieser Art dokumentiert sind. Allerdings gilt der Einwand von Prof. Dr. B.-A., Lumboischialgien i.S. von Schmerzen im unteren Bereich des Rückens mit Ausstrahlung in die Beine könnten auch andere Ursachen als eine bandscheibenbedingte Erkrankung haben und eine solche bandscheibenbedingte Erkrankung sei erst 2003 gesichert worden, gerade nicht für die 2003 von Dr. Scheremet schon für Jahre zuvor dokumentierten Lumboischialgien, die - wie ausgeführt - dann schließlich zur Diagnose der hier gerade in Rede stehenden bandscheibenbedingten Erkrankung führten.

Soweit der Kläger in einigen Passagen die vom TAD zuletzt zu Grunde gelegten Belastungen "korrigiert", führt dies zu keinem anderen Ergebnis. Das Tragen der Rohrleitungen ist vom TAD vor/neben dem Körper in die Berechnungen eingestellt worden. Der Kläger gibt in Korrektur der Berechnungen des TAD hierzu an (Bl. 76 LSG-Akte), die Rohre seien auf der Schulter getragen worden. Nach den maßgebenden biomechanischen Gesetzen (s. hierzu Jäger u.a., Retrospektive Belastungsermittlung für risikobehaftete Tätigkeitsfelder, Arbeitsmedizin - Sozialmedizin - Umweltmedizin [ASU] 1999, 101 ff., 112 ff.; BK-Report Wirbelsäulenerkrankungen 2/03, herausgegeben vom Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften) ist beim Tragen von Lasten auf der Schulter im Vergleich mit dem Tragen einer Last vor oder neben dem Körper die Druckkraft (F) auf die Bandscheibe geringer (Tragen auf der Schulter  $F = 1000 \text{ N} + 60 \text{ N/kg} \times \text{Lastgewicht}$ , beim Tragen vor und neben dem Körper  $F = 1000 \text{ N} + 85 \text{ N/kg} \times \text{Lastgewicht}$ , Lit. a.a.O.). Darüber hinaus korrigiert der Kläger das vom TAD für die Blechrollen zu Grunde gelegte Gewicht von 40 bis 50 kg auf 130 bis 200 kg sowie die Länge der Bleche (vgl. Bl. 70 LSG-Akte). Soweit er damit die zu hebenden Lasten beim Einlegen der Rollen in die Maschine mit Hilfe des Arbeitskollegen nach oben "korrigieren" möchte, folgt ihm der Senat nicht. Denn dies würde im Falle der behaupteten Mithilfe nur eines Mitarbeiters ein Hebegewicht von 70 bis 100 kg bedeuten. Damit aber setzt sich der Kläger in Widerspruch zu seinen von Dipl.-Ing. K. erhobenen und vom Kläger nach eigener Korrektur eigenhändig unterschriebenen Angaben im ersten TAD-Bericht (Bl. 137 f. VerwA = Bl. 312 f. SG-Akte). Dort hat der Kläger in Bezug auf die Blechnerarbeiten und gerade die Vorbereitungsarbeiten in der Werkstatt zu hebende Lastgewichte bis 50 kg angegeben.

Unabhängig von der Frage nach dem Erreichen des vom BSG vorgegebenen Grenzwertes wäre - zugunsten des Klägers das Vorliegen der arbeitstechnischen Voraussetzungen i.S. des, allerdings knappen, Erreichens des Grenzwertes mit den vom TAD ermittelten 12,8 MNh unterstellt - indessen der ursächliche Zusammenhang zwischen den beruflichen Expositionen und Erkrankungen im Bereich der Wirbelsäule nicht mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit zu bejahen.

Im Sinne der BK 2108 leidet der Kläger nach Überzeugung des Senats an einer bandscheibenbedingten Erkrankung der LWS. Unter bandscheibenbedingten Erkrankungen sind Bandscheibendegeneration (Diskose), Instabilität im Bewegungssegment, Bandscheibenvorfall (Prolaps), degenerative Veränderungen der Wirbelkörperabschlussplatten (Osteochondrose), knöcherne Ausziehungen an den vorderen seitlichen Randleisten der Wirbelkörper (Spondylose), degenerative Veränderungen der Wirbelgelenke (Spondylarthrose) mit den durch derartige Befunde bedingten Beschwerden und Funktionseinschränkungen der Wirbelsäule zu verstehen (BSG, Urteil vom 31.05.2005, [B 2 U 12/04 R](#) in SozR 4-5671 Anl. 1 Nr. 2108 Nr. 2 unter Verweis auf die Begründung in BR-Drucks 773/92 S. 8 zur Zweiten Änderungsverordnung, durch welche die BK 2108 in die Berufskrankheitsliste aufgenommen worden ist). Dies bedeutet, dass eine bandscheibenbedingte Erkrankung neben den beschriebenen röntgenologisch feststellbaren Veränderungen auch ein Krankheitsbild erfordert, das über einen längeren Zeitraum andauert, also chronisch oder zumindest chronisch wiederkehrend ist, und zu Funktionseinschränkungen führt, die eine Fortsetzung der Tätigkeit unmöglich macht (BSG, a.a.O.).

Klinisch waren im Zeitraum der Tätigkeitsaufgabe sowohl an der LWS als auch an der HWS Beschwerden in Form eines chronisch rezidivierenden Lumbal- und Zervikalsyndroms wiederholt manifest geworden. Eine bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS - aber auch der HWS - liegt somit vor. Hiervon geht auch die Beklagten aus. Diesbezüglich hat der Beratungsarzt der Beklagten Dr. T. ausgeführt, dass die kernspintomographisch nachgewiesene Chondrose Grad III im Segment L5/S1 mit einer klinischen Symptomatik korreliert, weshalb eine bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS zu bejahen ist. Auch der auf Antrag des Klägers gemäß § 109 SGG gehörte Sachverständige Prof. Dr. B.-A. hat das Vorliegen einer bandscheibenbedingten Erkrankung der LWS bejaht. Die demgegenüber von dem Sachverständigen Dr. H. vertretene Auffassung, eine bandscheibenbedingte Erkrankung liege nicht vor, weil der Beschwerdezustand auch andere Ursachen als die Erkrankung der Bandscheibe im Bereich von L5/S1 haben könne, teilt der Senat nicht. Denn der Sachverständige lässt dabei zum einen unberücksichtigt, dass für die Annahme einer bandscheibenbedingten Erkrankung der LWS nicht erforderlich ist, dass der Beschwerdezustand ausschließlich auf die Bandscheibenschädigung zurückzuführen ist; statt dessen ist vielmehr eine wesentliche Mitursächlichkeit ausreichend. Zum anderen ist für den erforderlichen Nachweis einer bandscheibenbedingten Erkrankung nicht erforderlich, dass sich gerade im Zeitpunkt der Begutachtung die Beschwerden auf die Bandscheibe zurückführen lassen. Insoweit hat Dr. H. die schon früher gestellten Diagnosen, insbesondere die Beurteilung von Dr. S. im erwähnten Befundbericht einschließlich der von ihm gestellten OP-Indikation außer Acht gelassen.

Indessen kann der Senat die Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs zwischen der bandscheibenbedingten Erkrankung des Klägers und den dargelegten beruflichen Expositionen in Form des Hebens und Tragens schwerer Lasten bzw. Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung nicht bejahen.

Angesichts der multifaktoriellen Entstehung von bandscheibenbedingten Erkrankungen, der Dauer der zu berücksichtigenden Zeiträume und des Fehlens eines eindeutig abgrenzbaren Krankheitsbildes, das für Belastungen durch Heben und Tragen oder Arbeit in Rumpfbeugehaltung typisch ist, stellt sich letztlich entscheidend nur die Frage nach einer wesentlichen Mitverursachung der LWS-Erkrankung durch die versicherten Einwirkungen (BSG, Urteil vom 27.06.2006, B 2 U 13/05 R in SozR 4-2700 § 9 Nr. 9 m.w.N.). Aus diesen Gründen ist auch § 9 Abs. 3 SGB VII, unabhängig von seinem Inkrafttreten erst am 01.01.1997, bei der BK Nr. 2108 nach heutigem wissenschaftlichen Erkenntnisstand nicht anwendbar (BSG, a.a.O.).

In Übereinstimmung mit den Standardwerken von Mehrtens/Perlebach (Berufskrankheiten-Verordnung, M 2108 Anm 7), Schönberger/Mehrtens/Valentin (Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Auflage, 2003, S 577 ff) und den Konsensempfehlungen (a.a.O.) sind folgende Kriterien zu Grunde zu legen (BSG, a.a.O.): Die belastenden Einwirkungen, das Krankheitsbild, insbesondere ob ein altersuntypischer Befund und ein belastungskonformes Schadensbild vorliegen, eine zeitliche Korrelation zwischen den Einwirkungen und dem Erkrankungsverlauf, das Vorliegen von konkurrierenden Ursachen wie z.B. Schadensanlagen.

Die Frage, welche Voraussetzungen zur Annahme eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen der schädigenden Einwirkung und der Erkrankung einer BK vorliegen müssen, ist unter Zuhilfenahme medizinischer, naturwissenschaftlicher und technischer Sachkunde nach dem im Entscheidungszeitpunkt aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand zu beantworten (BSG, a.a.O. m.w.N.) Als aktueller Erkenntnisstand sind solche durch Forschung und praktische Erfahrung gewonnenen Erkenntnisse anzusehen, die von der großen Mehrheit der auf dem betreffenden Gebiet tätigen Fachwissenschaftler anerkannt werden, über die also, von vereinzelt, nicht ins Gewicht fallenden Gegenstimmen abgesehen, Konsens besteht. Hierbei stellen die Konsensempfehlungen (a.a.O.) für den Senat eine für die Beurteilung von bandscheibenbedingten Erkrankungen der LWS relevante Grundlage dar, indem sie den derzeit aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse auf diesem Gebiet wiedergeben. Dies ergibt sich auch aus den Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. B.-A., der sich bei seiner Bewertung ausdrücklich auf die Konsensempfehlungen bezieht.

Prof. Dr. B.-A. hat unter Heranziehung der Konsensempfehlungen zuletzt das Vorliegen der dort beschriebenen Konstellation B 4 bejaht und dementsprechend den ursächlichen Zusammenhang zwischen den beruflichen Belastungen und der vorliegenden bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS für wahrscheinlich erachtet. Diese Konstellation hat - siehe die zusammenfassende Darstellung der Konsensempfehlungen im Gutachten von Prof. Dr. B.-A. - die nachfolgenden Voraussetzungen:

1. Eine gesicherte bandscheibenbedingte Erkrankung der LWS liegt vor 2. Die Exposition ist ausreichend 3. Es besteht eine plausible zeitliche Korrelation zur Entwicklung der bandscheibenbedingte Erkrankung (z.B. ausreichende Exposition muss der Erkrankung vorausgehen; Wahrscheinlichkeit des Ursachenzusammenhangs nimmt mit der Länge des Zeitraums zwischen Ende der Exposition und erstmaliger Diagnose der Erkrankung ab). 4. Lokalisation: Die bandscheibenbedingte Erkrankung betrifft L5/S1 und/oder L4/L5 5. Ausprägung des Bandscheibenschadens: Chondrose Grad II oder höher und/oder Vorfall 6. Wesentliche konkurrierende Ursachenfaktoren sind nicht erkennbar 7. Keine Begleitspondylose 8. Höhenminderung und/oder Prolaps an mehreren Bandscheiben - bei monosegmentaler/m Chondrose/Vorfall in L5/S1 oder L4/L5 "black disc" im Magnetresonanztomogramm in mindestens zwei angrenzenden Segmenten oder besonders intensive Belastung; Anhaltspunkt: Erreichen des Richtwertes für die Lebensdosis in weniger als 10 Jahren oder besonderes Gefährdungspotenzial durch hohe Belastungsspitzen, Anhaltspunkt: Erreichen der Hälfte des MDD-Tagesdosis-Richtwertes durch hohe Belastungsspitzen. 9. Ein gleichzeitig an der HWS bestehender Bandscheibenschaden ist schwächer ausgeprägt als an der LWS.

Nach den Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. B.-A. liegen diese Kriterien im Falle des Klägers vor. Ihrem Wortlaut entsprechend angewandt mag dies durchaus zutreffend sein. Angesichts des Umstandes, dass die von der Konsensarbeitsgruppe für die Zusammenhangsbeurteilung beschriebenen typischen Fallkonstellationen jedoch auf Grundvoraussetzungen beruhen, deren Kriterien für die Bejahung der Wahrscheinlichkeit eines Ursachenzusammenhangs einer Abwägung bedürfen, verbietet sich nach Auffassung des Senats jedoch eine schematische Anwendung dieser "typischen" Konstellationen, wie dies Prof. Dr. B.-A. vornimmt. Eine darüber hinausgehende Begründung eines ursächlichen Zusammenhangs hat der gerichtliche Sachverständige nicht gegeben.

Soweit die Anwendung der B-Konstellationen eine ausreichende Exposition voraussetzt (Konsensempfehlungen, a.a.O., S. 217 mittlere Spalte), lässt sich dies nach Auffassung des Senats nicht ohne weiteres unter Hinweis darauf bejahen, dass der Kläger mit der nach dem MDD ermittelten und - wie dargelegt - zu Gunsten des Klägers angenommene Gesamtdosis von 12,8 MNh den Grenzwert entsprechend des Urteils des BSG vom 30.10.2007 (a.a.O.) von 12,5 MNh überschritten hat, wovon der Sachverständigen Prof. Dr. B.-A. - wie seinem Gutachten zu entnehmen ist - aber ausgeht. Denn bei diesem Grenzwert handelt es sich - wie bereits erwähnt - lediglich um die untere Belastungsdosis, die erreicht sein muss, damit überhaupt ein relevanter Zusammenhang zwischen versicherter Einwirkung und der

eingetretenen Erkrankung in Betracht gezogen werden kann. Denn ist dieser Grenzwert unterschritten, ist nach den Ausführungen des BSG (a.a.O.) ein rechtlich wesentlicher Kausalzusammenhang zwischen Exposition und Erkrankung ausgeschlossen, sodass es weiterer Feststellungen zum Krankheitsbild und zum medizinischen Kausalzusammenhang im Einzelfall nicht mehr bedarf. Ist damit aber schon bei einer Belastungsdosis ((12,5 MNh), die nur geringfügig unter der Dosis liegt, die beim Kläger festzustellen ist (12,8 MNh), ein wesentlicher Ursachenzusammenhang zwischen Exposition und Erkrankung gänzlich zu verneinen, kann nicht unkritisch nur wegen Überschreitung der Hälfte der nach dem MDD im Sinne einer kritischen Dosis erforderlichen Mindestexposition von 25 MNh, von einer ausreichenden Exposition ausgegangen werden. Da das Erkrankungsrisiko beim Kläger daher unter Berücksichtigung der nur knapp erreichten kritische Belastungsdosis zu beurteilen ist, vermag sich der Senat vom Vorliegen einer typischen Fallkonstellation nicht zu überzeugen.

In seinen Bedenken bestätigt sieht sich der Senat gerade auch dadurch, dass Grundlage der Konsensempfehlungen, soweit sie eine ausreichende Exposition voraussetzen, nicht der vom BSG in seiner Entscheidung vom 18.11.2008, [B 2 U 14/08 R](#) konstituierte untere Grenzwert in Höhe der Hälfte der nach dem MDD erforderlichen Mindestexposition von 25 MNh gewesen sein konnte. Denn zum Zeitpunkt der Veröffentlichung der Konsensempfehlungen im Jahr 2005 lag diese Entscheidung des BSG noch nicht vor. Der Senat sieht daher keine hinreichenden Anhaltspunkte dafür, dass als ausreichende Exposition im Sinne der Konsensempfehlungen bereits eine Gesamtbelastungsdosis angesehen werden kann, die weit unterhalb der kritischen Mindestexposition nach dem MDD von 25 MNh liegt. Hierauf hat bereits Dr. H. in seinem Gutachten zutreffend hingewiesen und dargelegt, dass sich angesichts der nur geringen Exposition auch nur eine geringe Wahrscheinlichkeit eines ursächlichen Zusammenhangs ergebe.

Die schematische Anwendung der B 4-Konstellation durch den Sachverständigen Prof. Dr. B.-A. lässt darüber hinaus auch eine weitere nach den Konsensempfehlungen zu berücksichtigende Grundvoraussetzungen für die Beurteilung des Ursachenzusammenhangs zwischen Exposition und Erkrankung unberücksichtigt. Denn soweit eine Betonung der Bandscheibenschäden an den unteren drei Segmenten der LWS eher für einen Ursachenzusammenhang spricht, während eine Aussparung der unteren zwei Segmente der LWS eher gegen eine berufliche Verursachung spricht (Konsensempfehlungen, a.a.O., S. 216 rechte Spalte), liegt die Besonderheit im vorliegenden Fall gerade darin, dass zwar der Schwerpunkt der Bandscheibenschädigung im Bereich L5/S1 liegt, sich jedoch im Bereich von L4/L5 nach übereinstimmender Beurteilung sowohl von Dr. Lenk, Dr. T. und Dr. S. wie auch nach dem radiologischen Gutachten von Dr. T. und dem folgend Prof. Dr. B.-A. im Jahr 2003 und damit nach Aufgabe der Tätigkeit gerade keine Veränderung der Bandscheibe zeigte. Wenn aber - und dies hat auch Prof. Dr. B.-A. nicht in Zweifel gezogen - gerade das Segment L4/5 trotz der beruflichen Expositionen keine Bandscheibenveränderungen zeigte, kann nicht mehr von einer Betonung der Schäden im Bereich der unteren drei Segmente gesprochen werden.

Somit liegt gerade eine Aussparung in einem der beiden unteren LWS-Segmente (nämlich L4/5) vor, was eher gegen eine berufliche Ursache der Schädigung spricht. Hierauf hat insbesondere Dr. T. und später auch nochmals Dr. S. hingewiesen. Dabei kommt es nicht entscheidungserheblich darauf an, ob es - so die Diskussion zwischen Dr. T. und Prof. Dr. B.-A. - angesichts der Verteilung von Kompressionskräften beim Heben und Tragen von Lasten zu einer gleichmäßigen Belastung aller LWS-Segmente kommt und inwieweit - sollte diese Annahme zutreffen - dies vergleichbare Veränderungen in den betroffenen Bandscheiben und Wirbelkörpern erwarten lässt. Denn maßgebend ist für den Senat, dass das Segment L4/5 trotz der beruflichen Expositionen noch Mitte 2003 keinerlei Veränderungen im Bereich der Bandscheibe aufwies. Dabei geht auch Prof. Dr. B.-A. - wie in seiner letzten ergänzenden Stellungnahme ausführlich dargelegt - davon aus, dass dieses Segment beim schweren Heben und Tragen maßgeblich belastet wird. Er hat sogar dargelegt (Bl. 299/300 LSG-Akte), dass bei der wichtigsten Lastenhandhabung im Sinne der BK 2108, dem beidhändigen Heben von Lasten, von deutlich höheren Druckkräften im Bereich der beiden unteren LWS-Segmente im Vergleich zu den oberen LWS-Segmenten auszugehen sei. Er hat hierzu das Schaubild aus einer Studie wiedergegeben, wonach in den Segmenten L5/S1 und L 4/5 mit Abstand die höchsten Druckkräfte auf die Bandscheibe wirken. Dies bestätigt aber die von Dr. T. und Dr. S. formulierten Bedenken. Wenn die Bandscheiben der unteren beiden LWS-Segmente den höchsten Druckkräften ausgesetzt sind, ist es nicht, jedenfalls nicht ohne weiteres nachvollziehbar, dass die beruflichen Expositionen, denen der Kläger ausgesetzt war, nur in einem dieser Segmente zu einer Schädigung der Bandscheibe im Sinne einer Chondrose führten, nicht aber im anderen Segment. Insoweit hätte es einer nachvollziehbaren Erklärung bedurft, die aber auch Prof. Dr. B.-A. nicht liefern können. Er weist stattdessen lapidar auf die Konsensempfehlungen, die diese Problematik aber gerade nicht behandeln, als Grundvoraussetzung aber ein belastungskonformes Schadensbild verlangen (a.a.O., S. 212 rechte Spalte unten), wozu gerade das entsprechende Verteilungsmuster der Bandscheibenschäden gehört (Konsensempfehlungen, a.a.O., S. 214 linke Spalte oben). Zutreffend zitiert Prof. Dr. B.-A. zwar die Konsensempfehlungen (a.a.O., S. 217 mittlere Spalte unten) dahingehend, dass beim Vorliegen einer altersuntypischen mindestens zweitgradigen Chondrose oder eines Prolaps in den Segmenten L 4/5 und/oder L 5/S1 eine Fallkonstellation B zu prüfen ist. Die Vorgabe, ein solcher Schaden müsse im Bereich L 4/5 "und/oder" L 5/S1 vorliegen, lässt aber nicht den Schluss zu, dass eines der beiden Segmente überhaupt keine Veränderungen der Bandscheibe, die auf das Einwirken von Druckkräften zurückgeführt werden können, aufweisen kann. Vielmehr wird damit nur ein Mindestschaden (altersuntypische mindestens zweitgradige Chondrose) definiert, der sich an wenigstens einem der untersten LWS-Segmente manifestieren muss. Dies korreliert mit den oben schon wiedergegebenen Ausführungen von Prof. Dr. B.-A. zur Verteilung der Druckkräfte und damit dem Umstand, dass - so ausdrücklich Prof. Dr. B.-A. - nicht zwingend von einer gleichmäßigen Verteilung der Druckkräfte und damit einer gleichmäßigen Verteilung des Schadensbildes an der Bandscheibe auszugehen ist. Umgekehrt ist dann zu erwarten, dass bei entsprechender Exposition jedenfalls feststellbare Veränderungen an den beiden am meisten betroffenen Segmente L 4/5 und L5/S1 auftreten, wenn auch nicht in gleichem Ausmaß. Dass aber eines dieser Segmente, wie beim Kläger, überhaupt keine Veränderung aufweist, spricht - so überzeugend Dr. T. und Dr. S. - gegen eine Schädigung der LWS im Sinne der BK 2108.

Nach alledem vermag sich der Senat nicht davon zu überzeugen, dass beim Kläger im Sinne der Konsensempfehlungen eine typische, der Konstellation B 4 zuzuordnende Fallkonstellation, bei der ein ursächlicher Zusammenhang zwischen beruflicher Exposition und der Erkrankung zu bejahen ist, vorliegt.

Weitere Argumente, die die Annahme eines ursächlichen Zusammenhangs nahelegen könnten, sind nicht erkennbar. Soweit Dr. H. vorsorglich darauf hingewiesen hat, es liege bei Annahme einer bandscheibenbedingten Erkrankung und ausreichender Exposition die Fallkonstellation B 3 vor, führt dies zu keinem für den Kläger günstigen Ergebnis. Denn für die Fallkonstellation B 3 bestand gerade kein Konsens, so dass auch kein wahrscheinlicher ursächlicher Zusammenhang zu bejahen ist. Im Übrigen trifft diese Beurteilung von Dr. H. nicht zu. Dr. H. hat insoweit nicht erkannt, dass sich - insoweit zutreffend Prof. Dr. B.-A. - die Höhenminderung an mehreren Bandscheiben zeigt, also ein Zusatzkriterium nach B 2 vorliegt, was gerade B 3 ausschließt.

Im Ergebnis vermag der Senat somit die Wahrscheinlichkeit eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen den beruflichen Expositionen und der bandscheibenbedingten Erkrankung des Klägers im Bereich der LWS nicht zu begründen. Dies geht nach den dargelegten Grundsätzen zu Lasten des Klägers.

Die Berufung des Klägers kann daher keinen Erfolg haben.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Für die Zulassung der Revision besteht keine Veranlassung.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2014-01-13